



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

## Prostitución y salud mental: una mirada desde las vivencias de las trabajadoras sexuales

Trabajo final de grado

Modalidad: pre-proyecto de investigación

**Estudiante:** Romina Sención, 5.181.015-7

**Docente tutor:** Prof. Adj. Dr. Pablo López

**Docente revisor/a:** Prof. Adj. Dra. Anabel Beniscelli Taibo

Montevideo, 30 de abril de 2022

# ÍNDICE

1. Fundamentación y antecedentes.....	1
1.1. Causas para el comienzo del trabajo sexual y tipos de ejercicio .....	2
1.2. Estigma social y auto percibido como barrera de acceso a la salud .....	4
1.3. Principales riesgos para la salud mental.....	6
2. Marco conceptual .....	9
3. Justificación .....	11
4. Problema y preguntas de investigación .....	12
5. Objetivos.....	13
5.1 Objetivo general.....	13
5.2 Objetivos específicos .....	13
6. Diseño metodológico .....	14
7. Cronograma general de la ejecución .....	17
8. Consideraciones éticas .....	18
9. Resultados esperados .....	18
10. Referencias bibliográficas.....	19

## **Resumen**

El presente proyecto de investigación busca generar conocimiento acerca de la afectación que puede generar el ejercicio de la prostitución en la salud mental de las mujeres que trabajan y residen en la ciudad de Montevideo. La prostitución es una actividad regulada en Uruguay, sin embargo, la legislación aun no contempla el cuidado de la salud mental de quienes la ejercen y a su vez es una ocupación con alto grado de estigma. Mediante este proyecto, se pretende dar visibilidad al fenómeno y comenzar a producir conocimiento científico que dé cuenta de la realidad a la que se enfrentan estas mujeres.

Para la consecución de los objetivos trazados se elaboró un diseño metodológico de tipo cualitativo, mediante el cual, se priorizarán las experiencias subjetivas de las mujeres entrevistadas. Será un estudio exploratorio y se realizará el proceso de recolección y análisis de datos basándose en el método de la Teoría Fundamentada.

Se espera, por medio de este estudio, conocer la experiencia de las mujeres entrevistadas en relación con su sentir respecto a su ocupación, el estigma y su necesidad y posibilidad de acceder a profesionales de la salud mental.

Palabras clave: prostitución, trabajo sexual, salud mental, estigma, psicología

## **Abstract**

This research project seeks to generate knowledge about the effects of prostitution on the mental health of women who work and live in the city of Montevideo. Prostitution is a regulated activity in Uruguay; however, the legislation still does not contemplate the mental health care of those who practice it, and, in turn, it is an occupation with a high degree of stigma. The aim of this project is to give visibility to the phenomenon and to begin to produce scientific knowledge about the reality faced by these women.

To achieve the objectives outlined, a qualitative methodological design was developed, through which the subjective experiences of the women interviewed will be prioritized. It will be an exploratory study and the process of data collection and analysis will be carried out based on the Grounded Theory method.

It is expected, through this study, to know the experience of the women interviewed in relation to their feelings about their occupation, stigma and their need and possibility of accessing mental health professionals.

Key words: prostitution, sex work, mental health, stigma, psychology

## 1. Fundamentación y antecedentes

El trabajo cumple un rol fundamental en la vida de todas las personas como agente clásico de socialización secundaria y es uno de los principales determinantes sociales de la salud (Méndez, 2015; Castro, 2013; Simkin y Becerra, 2013). Uruguay es considerado como un país con derechos laborales avanzados (derecho a la seguridad social, seguro por enfermedad, seguro de paro, fondo nacional de salud, licencia por maternidad, paternidad o adopción, aguinaldo, descanso semanal, licencia vacacional paga, etc.). Sin embargo, muchos de estos derechos no son accesibles para las personas que ejercen el trabajo sexual ya que -según la ley 17515/2002 sobre el trabajo sexual-, el único requisito para ejercerlo es la inscripción en el Registro Nacional del Trabajo Sexual. Este registro busca tener un control de las personas que ejercen la prostitución y asegurar que se realicen los chequeos médicos correspondientes. Su objetivo es garantizar la sanidad pública, no garantizar los derechos de las/os trabajadoras/es sexuales, que no generan ningún tipo de prestación de seguridad social a través de su actividad. Además, los controles médicos previstos por el registro contemplan solamente la salud física, sin tener en cuenta la importancia del cuidado de la salud mental.

El bienestar psíquico de las trabajadoras sexuales, se puede ver fácilmente deteriorada ya que la prostitución, a pesar de estar regulada, sigue siendo una ocupación con alta carga de estigma social y de riesgo físico, emocional y mental, además de generar una gran implicancia de toda la subjetividad de la persona (Guidobono y Greco, 2020; Pinedo, 2008; Meneses, 2007). Por eso es necesario que desde la psicología se continúe estudiando y profundizando, con una perspectiva de derechos humanos, sobre la incidencia e impacto que tienen las diferentes actividades laborales en la salud mental de las personas.

Al hablar de prostitución y/o trabajo sexual, existen diferentes posiciones a nivel mundial en la literatura científica, en el feminismo y a nivel social, que se ven reflejadas en variados sistemas jurídicos. Las principales posturas son abolicionistas, regulacionistas y prohibicionistas (Lipszyc, 2013; das Neves, 2013; Outshoorn, 2012; Heim, 2006). Existen diferentes formas de clasificar la prostitución o trabajo sexual pero el feminismo suele reducirlo a dos vertientes: las autoras centradas en políticas abolicionistas, generalmente pertenecientes al feminismo radical que no consideran distinción entre prostitución y explotación sexual y, por otra parte, el feminismo liberal que plantea políticas de reconocimiento, legalización y regulación de las condiciones laborales del trabajo sexual (Musto y Trajtenberg, 2011).

No existe una única definición de lo que se entiende por prostitución ya que, cada una, está relacionada con la perspectiva desde la que se analiza la actividad y si es considerada una actividad laboral o una forma de explotación. Como plantean Musto y Trajtenberg (2011), al pensar en prostitución surgen varias intuiciones que se encuentran bastante generalizadas a nivel social como: vender el cuerpo por dinero, que sea una mujer quien lo vende, un hombre quien lo compra y la idea del estigma asociado a esa actividad. Debido a que Uruguay es un país regulacionista, en este proyecto se considerará como prostitución a la actividad que realizan las personas adultas (mayores de 18 años), que mantienen relaciones sexuales con otras a cambio de dinero u otros bienes materiales, excluyendo cualquier actividad forzada que implique explotación sexual comercial. También se excluirán la trata con fines de explotación sexual, así como la pornografía y venta de servicios sexuales a través de medios digitales. A pesar de que el término trabajo sexual es más amplio que el término prostitución, serán utilizados a lo largo del proyecto indistintamente, puesto que en la literatura aparecen ambas referencias aludiendo a la definición planteada.

Para la construcción de los antecedentes, se ha realizado una búsqueda amplia de estudios científicos e informes de diferentes partes del mundo utilizando los siguientes motores: Google Scholar, Researchgate, Dialnet, Scopus y Springer. Lo hallado da cuenta del impacto y/o repercusiones que puede tener la prostitución en la salud mental de las mujeres que la ejercen. A continuación se expondrán publicaciones que listan las causas por las que las mujeres ingresan a la prostitución, incluyendo los diferentes lugares en los que se ejerce, otras que estudian el estigma y como esto genera una barrera para acceder a la atención en materia de salud y artículos sobre los factores de riesgo y consecuencias del ejercicio de la prostitución.

### **1.1. Causas para el comienzo del trabajo sexual y tipos de ejercicio**

A nivel mundial las mujeres ejercen la prostitución en multiplicidad de contextos socioeconómicos y en diversos tipos de lugares físicos. Se puede dividir los lugares físicos en dos amplias categorías: lugares abiertos y lugares cerrados.

Según diversos informes realizados alrededor del mundo, los lugares abiertos más recurrentes son la calle, rutas o parques. Mientras que los cerrados son prostíbulos/burdeles, whiskerías, casas de masaje, moteles de alta rotatividad y apartamentos privados individuales o colectivos (Guidobono y Greco, 2020; Bohórquez Farfán, 2014; Belza, 2004). Es importante

realizar esta distinción porque existen diferencias significativas en la situación socioeconómica y en los factores de riesgo asociados al ejercicio de la prostitución en los diferentes escenarios. Esto ha sido demostrado en varios países del mundo por medio de estudios científicos. Weitzer (2009), en una revisión bibliográfica mayormente centrada en sociedades anglo-americanas, realiza una comparación de las tarifas que cobran las mujeres que ejercen la prostitución en los diferentes ámbitos por los mismos servicios, describiendo que las mujeres que la ejercen en la calle cobran tarifas bajas, quienes la ejercen en burdeles o casas de masaje cobran tarifas moderadas y quienes lo hacen en apartamentos privados u hoteles cobran tarifas altas. A su vez, Scorgie et al. (2011), en una revisión sobre estudios en África Sub-Sahariana indica que en la mayor parte de los países se mantiene esa relación: las mujeres que mejor ingreso económico tienen son quienes trabajan por medio de una agencia de acompañantes, luego, con un ingreso moderado se encuentran quienes trabajan en hoteles y por último, quienes perciben menores ingresos son las mujeres que trabajan en las calles.

En lo que refiere a las causas por las que las mujeres comienzan a ejercer la prostitución, se encontraron pocos estudios específicos del tema. No obstante, este dato forma parte del relevamiento de varios estudios, porque es una variable importante para analizar las dinámicas de la prostitución. En un estudio cuantitativo realizado por Krumei-Mancuso (2016) en Países Bajos, casi la mitad de las participantes reportó prostituirse por razones financieras, entre las que se listaron: hacer dinero, necesidad económica, no encontrar otro trabajo disponible, querer más lujos y poder tener menos cantidad de horas de trabajo. Si bien no todas especificaron cuáles eran sus razones financieras, entre quienes sí lo hicieron se reportó que un 15.9% lo hace por necesidad económica y un 14,8% en busca de un mejor estilo de vida. La segunda razón más reportada (22.8%) fue la búsqueda de diversión o emoción. En esta misma línea, otro estudio mixto realizado en Lisboa (Oliveira, 2013) arroja como resultado que la mayoría de las personas encuestadas ingresaron a la prostitución por problemas económicos (44.6%) y a su vez otro gran porcentaje indica haber ingresado por desempleo (16.5%), ayudar a familiares (1.7%) o complemento al salario (6.6%) que también estarían vinculadas a razones financieras, mientras algunas otras personas listaron curiosidad (6.6%) o ventajas del trabajo sexual (1.7%) como su motivo principal. A su vez, un estudio cualitativo sobre la prostitución de lujo (Carvalho, 2017) realizado en Belo Horizonte, Brasil reafirma lo expuesto anteriormente ya que la mayor parte de las entrevistadas reportan haber ingresado a la prostitución por extrema necesidad financiera y/o momentos personales difíciles. Asimismo, en Pakistán otro estudio cualitativo (Qayyum et al., 2013) indica que la mayor parte de los motivos listados como causas de ingreso a la prostitución, tienen que ver con problemas financieros: crisis económica, pobreza, deudas y enfermedad o adicciones de

sus maridos que resultó en acumulación de deudas, sin embargo, en este estudio también hay un porcentaje de mujeres que indican ejercer la prostitución por disfrute.

Por otra parte, en Ghana se realizó un estudio mixto sobre trabajo sexual comercial en cuatro universidades públicas (Gbagbo y Gbagbo, 2021) del cual resulta que la mayor parte de las estudiantes que ejercen la prostitución lo hacen a partir del segundo año para poder acoplarse a los estilos de vida sofisticados del campus, que tienen muchos de los estudiantes. Se observa que, si bien en varios casos se inicia por necesidades económicas, en la mayoría tiene más relación con una necesidad de tener un mejor estilo de vida y poder pertenecer a los diferentes círculos sociales universitarios. Otras mujeres también indican como motivo de iniciación, la búsqueda de aventuras, buen sexo y satisfacción personal, en mayor proporción que el resto de los estudios mencionados.

## **1.2. Estigma social y auto percibido como barrera de acceso a la salud**

Para definir el estigma, Goffman (1963) explica que la sociedad categoriza a las personas y, según sus atributos, son consideradas “corrientes y naturales” o alguien menos apetecible cuando se tiene un atributo que la vuelve diferente a las demás y “dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado”. Cuando se produce este fenómeno, el atributo que “porta” a la persona y genera el rechazo se considera un estigma. En palabras de Link y Phelan (2001) el concepto de estigma ha sido aplicado en una amplia variedad de circunstancias, llevando a los investigadores a conceptualizarlo de diferentes formas basándose en cada situación específica y su propia disciplina. Es un concepto que se ha abordado desde la sociología, la psicología, la antropología, las ciencias políticas y la geografía social y, en términos generales, se considera que aplicamos el término estigma cuando “los elementos de etiquetar, estereotipar, separar, pérdida de estatus y discriminación coexisten en una situación de poder que permite que se desarrollen los componentes del estigma” (Link y Phelan, 2001, p. 367).

Algunos teóricos han propuesto diferentes tipos de estigma como el estigma internalizado, el estigma sexual, el estigma por asociación, el estigma institucional y el estigma “de puta” (Herek, Gillis y Cogan, 2009; Pescosolido y Martin, 2015; Hammond y Kingston, 2014; Saavedra Macías et al., 2021; Pheterson, 1993, Pheterson, 1986). Éste último, conocido originalmente en inglés como “whore stigma” (Goffman, 1963; Pheterson, 1986) es producido social, cultural y estructuralmente, operando a nivel del auto concepto, las relaciones interpersonales y las instituciones, porque el rol de prostituta se opone al comportamiento

sexual esperado por parte de las mujeres según los mandatos sociales. Es así que son percibidas y tratadas como inmorales, peligrosas e indignas tanto por otros individuos como por las instituciones (Zarhin y Fox, 2017; Clemente, 2020).

Ejercer la prostitución implica ser estigmatizada por parte de familiares, amigos, clientes e incluso por el sistema judicial, siendo ésta una de las principales razones por la que muchas mujeres prefieren esconder que ese es su medio de vida y qué configura un factor de riesgo para alteraciones cognitivas (Sallmann, 2010; Zarhin y Fox, 2017).

Asimismo, existe evidencia a nivel internacional de que este estigma ocupacional supone una barrera entre las mujeres que ejercen la prostitución y el acceso a la salud. Según los resultados de un estudio cualitativo, realizado por Scorgie (2013) en cuatro países de África, las personas entrevistadas listaron una amplia variedad de necesidades sanitarias, algunas directamente relacionadas con el contexto de la prostitución, como por ejemplo la necesidad de un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades de transmisión sexual. Este estudio encuentra evidencia de una amplia discriminación hacia las personas que ejercen la prostitución en estos países, especialmente en el sector público de la salud, dónde son ignoradas, maltratadas y les niegan tratamiento.

Al mismo tiempo, de un estudio comparativo realizado en Rusia (King, 2013) resulta que las mujeres ejerciendo la prostitución en St. Petersburg reportan altos niveles en su percepción del estigma dentro del sistema de salud, especialmente aquellas mujeres con VIH. Otro estudio, realizado en la región de Cataluña en España (Folch, 2013) muestra que a pesar de que la mayoría de las trabajadoras sexuales tienen acceso a servicios sociales y de salud y acostumbran a hacerse chequeos regularmente, igual sufren estigma y discriminación que se presenta como la principal barrera para hacer uso del sistema público de salud.

De igual modo, una investigación cuantitativa realizada en Canadá (Lazarus, 2012) evidencia que existe una alta prevalencia de estigma ocupacional entre las mujeres que ejercen la prostitución callejera y que se presenta como una barrera de acceso al sistema de salud para la mitad de las trabajadoras sexuales, independientemente de los datos demográficos individuales o factores como el ambiente social y laboral de cada una.

En último lugar, Pecheny (2013) condujo un estudio mixto en 15 países de América Latina y el Caribe en el que llama la atención que, excepto en Uruguay, el trabajo sexual en la región no es una actividad reconocida legalmente y eso imposibilita el acceso a una cobertura en salud ligada al trabajo formal directamente. De todas formas, al acceder al sistema de salud estas mujeres suelen decidir atenderse lejos de donde viven para evitar que en su entorno se enteren que se dedican al trabajo sexual. Los datos revelan una preocupación de las mujeres por su propia salud y predisposición a asistir a los centros de salud pero manteniendo cierto



recaudo al momento de relevar su ocupación debido a que gran parte de ellas se han sentido discriminadas o maltratadas por profesionales de la salud. También surgen situaciones en las que el miedo al estigma no es referente a la atención en los servicios de salud sino a su entorno familiar, afectivo y de residencia. En este estudio se menciona como parte de la salud integral a la salud mental, indicando que la tercera parte de las trabajadoras sexuales encuestadas en el total de la región manifestó haber necesitado ayuda psicológica en el último año, entre quienes sintieron esa necesidad solo la mitad recurrió a un profesional.

En cuanto a la salud mental y el estigma en relación con la prostitución hay evidencia de que el estigma internalizado tiene asociaciones directas con pensamientos y actitudes suicidas, síntomas depresivos y soledad. Al mismo tiempo se ha encontrado relación indirecta de que la violencia por parte de parejas estables o clientes tiene asociación con los problemas de salud mental a través del estigma (Zhang, 2016). Las experiencias estigmatizantes de las mujeres que ejercen la prostitución abarcan todos los aspectos de su vida, generando problemas en su salud mental y en el acceso a la atención por parte de profesionales (Treloar, 2020). Además, describen sentir responsabilidad por disminuir ese estigma a través de su forma de actuar, llevándolas a alejarse de familiares u otros círculos sociales de personas que no están involucradas en la prostitución. Algunas participantes identificaron condiciones de salud mental pre existentes y todas manifestaron la necesidad de manejar el impacto que les genera el estigma asociado a la prostitución en su salud mental. Asimismo, el aumento de síntomas las hace más vulnerables al estigma y menos capaces de manejar las demandas y cargas del estigma en la vida diaria, carga que se ve agravada si las participantes manejan estigma relacionados a otros aspectos de su identidad (Treloar, 2020).

En otro estudio realizado en Suiza (Zehnder, 2019) se determina que la prevalencia de trastornos mentales entre las mujeres que ejercen la prostitución es alta y es elevada en comparación con la población general del país. A su vez, relacionan que el uso de servicios de asistencia en salud mental está relacionado con un bajo nivel de estigma por lo que subrayan el papel de las barreras de atención relacionadas con el estigma.

### **1.3. Principales riesgos para la salud mental**

La prostitución tiene diversos riesgos y consecuencias para las mujeres que la ejercen, principalmente la exposición a múltiples situaciones de violencia simbólica, física, psicológica y sexual, que puede desencadenar consecuencias graves para la salud, en especial la salud mental (Rodríguez, 2014; Lim, 2015; Coetzee, 2018; Cange, 2019).

Un estudio realizado en Soweto (Coetzee, 2018) resalta que existe una carga considerable de trastornos de la salud mental tratables entre las trabajadoras sexuales, impulsados por múltiples exposiciones a violencia, discriminación y bajos niveles de autoestima. Se encontró síntomas de depresión severa en el 68.7% de las participantes, Trastornos por Estrés Post Traumático (TEPT) en el 39.6% y el 32.7% sufre de ambos. Factores como la vivencia de tres tipos de violencia y el estigma internalizado aumentan la posibilidad de comorbilidad. Asimismo, Puri (2017) indica según un estudio realizado en Vancouver, Canadá que casi la mitad de las entrevistadas reportaron haber sido alguna vez diagnosticadas con algún trastorno o problema de salud mental, siendo depresión y ansiedad los más comunes. Las mujeres que indicaron haber sido diagnosticadas con algún trastorno tenían más probabilidad de pertenecer a alguna minoría sexual (LGBT), haber experimentado trauma sexual o físico en la niñez, de consumir drogas y/o de trabajar en lugares cerrados informales o en las calles/espacios públicos.

En cuanto a los lugares en los que se ejerce la prostitución y la exposición a violencia, Krumei-Mancuso (2016) publicó un estudio en el que examinaron si las locaciones en las que las mujeres ejercen la prostitución se relacionan con los niveles de depresión o TEPT, mientras controlaban los niveles de educación de las participantes. Los resultados indican que hay diferencias significativas entre los diferentes grupos en los niveles de TEPT, intrusión, evitación e hiperactivación. No hubo diferencias significativas entre los grupos respecto a los niveles de síntomas depresivos. Quienes trabajaban en combinación de lugares abiertos y cerrados experimentan mayores niveles de TEPT, intrusión, evasión e hiperactivación, que las mujeres que trabajaban en burdeles, desde su casa o en una combinación de lugares cerrados. De igual modo, un estudio realizado en el sur de India (Patel, et al., 2015) sobre prevalencia y correlación de depresión mayor entre trabajadoras sexuales indica que la depresión es altamente prevalente. Aproximadamente dos quintos de las trabajadoras participantes del estudio presentaron síntomas de depresión mayor. Partiendo desde la base de que hay datos que sugieren que las trabajadoras sexuales están constantemente expuestas a diferentes tipos de violencia y que eso genera consecuencias en su salud mental, Cange et al. (2019) se propusieron estudiar el trauma psicológico de las trabajadoras sexuales en Burkina Faso. Los resultados muestran que el 41% de las trabajadoras sexuales reporta haber tenido depresión y había también una alta prevalencia de ideación suicida. En palabras de los autores, el estigma y los abusos físicos y sexuales son prevalentes entre las trabajadoras sexuales y son altamente correlativos con problemas de salud mental.

En paralelo, múltiples estudios en Latinoamérica indican que la depresión es un problema grave que afecta a las trabajadoras sexuales. De tal forma, Cedeño et al. (2017) llevaron a cabo un estudio que apuntó a determinar la magnitud de los síntomas depresivos en las

mujeres que ejercen la prostitución. Aplicaron el Inventario de Depresión de Beck a 35 mujeres de Rocafuerte, Ecuador. Los resultados obtenidos indican que el 46% de las encuestadas necesita apoyo profesional por padecer algún nivel de depresión. Asimismo, Avilés (2020) realizó un estudio cuantitativo en Cuenca, Ecuador, con entrevistas a 217 trabajadoras sexuales a quienes se le aplicó el Inventario de Depresión de Beck, que arrojó como resultado que el 100% de la población presentaba depresión, siendo el grupo de depresión moderada el más destacado, con el 37.3%. En Hidalgo, México, González-Fortaleza et al. (2014) condujeron una investigación para explorar los factores psicosociales que se relacionan con la depresión y el riesgo de suicidio en una muestra de 103 trabajadoras sexuales. Los resultados muestran que las frecuencias de depresión y riesgo de suicidio fueron más elevadas que en las mujeres de la población general.

En cuanto al uso y abuso de sustancias, varios estudios indican que un alto porcentaje de trabajadoras sexuales tienen consumo problemático de alcohol o cocaína y relacionan este consumo con las situaciones de violencia vividas en el ambiente de trabajo, la necesidad de disociarse de la realidad, la presión por parte de los clientes y/o la necesidad de consumo para evadir dolores (físicos y emocionales) trabajar durante mayor cantidad de horas consecutivas (Ceballos et al., 2013; Rodríguez et al., 2014; Meneses, 2010; Patterson, 2006)

## 2. Marco conceptual

Este apartado tiene como objetivo proporcionar un marco de referencia con conceptos clave que posteriormente servirán a modo de orientación en el análisis de los datos obtenidos en el campo. Para poder estudiar como las condiciones de vida de mujeres que ejercen la prostitución afectan su salud mental es conveniente hacer un recorrido por el paradigma social expansivo (Saforcada, 1999), el modelo biopsicosocial (Engels, 1977), la psicología de la salud, en su carácter de sub-disciplina dentro de la psicología, los determinantes sociales de la salud y la teoría del estigma. Serán considerados como sustento teórico debido a que atraviesan el sujeto de estudio y son de excepcional importancia para comprenderlo.

En términos generales, el paradigma social expansivo se sustenta en las ideas de que las concepciones y prácticas en salud deben ubicar a las personas en su contexto social y que el Estado tiene la responsabilidad del cuidado de la salud de la población (Morales, 1997). En esta misma línea, el modelo biopsicosocial parte del supuesto de que en todos los fenómenos importantes relativos a la salud participan aspectos biológicos, psicológicos y de carácter social, implica ver a las personas como sujetos y no meros objetos (Borrell, 2002).

La psicología de la salud se puede considerar como una rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes del comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud (Morales, 1997). En palabras de Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988) “se interesa en la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud” (citado en Piña y Rivera, 2006). Por lo tanto, se podría establecer que a la psicología de la salud le interesa el estudio de:

Aquellos procesos psicológicos que forman parte en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como en las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (Morales, 1995, citado en Morales, 1997, pp. 57-58).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS, 2008 citado en OPS,

2017). Según el informe de Lalonde de 1974 (citado en Barragán, 2007) son factores que influyen y modelan la salud de los individuos y las comunidades. Este informe estableció un marco conceptual de factores que determinan el estado de salud de las personas, que son: estilo de vida, ambiente, biología humana y servicios de salud.

El trabajo y las condiciones de trabajo son considerados como determinantes sociales de la salud, porque se ha demostrado que las personas son más saludables y viven vidas más longevas son aquellas que cuentan con mayor control sobre las circunstancias de su trabajo y no tienen demandas estresantes. Mientras que las personas con trabajos más riesgosos, estresantes y con recompensas inadecuadas (en términos de dinero, estatus o autoestima) tienden a presentar mayores riesgos en su salud, que se traducen en aumento del riesgo cardiovascular, tasas más altas de ansiedad, depresión y suicidio, muerte temprana, entre otras consecuencias (Barragán, 2007).

En cuanto al estigma, definido por Goffman (1963) como “un atributo profundamente desacreditador”, entre otras cosas, es un fenómeno complejo que se presenta en todas las sociedades y en la última década ha cobrado auge en la investigación científica, no solo en sociología, sino en otros campos como la medicina, psicología, criminología y ciencias de la salud (Bos et al., 2013). Según Link y Phelan (2001), gran parte de la producción en estigma relacionado con la salud mental se ha centrado en aspectos individuales, sin tener en cuenta análisis de los aspectos estructurales y los determinantes sociales que inciden en los procesos de exclusión. Esto se denomina estigma estructural y son un conjunto de normas y políticas que restringen los derechos y oportunidades de las personas (Corrigan, 2004). Para estos autores (Link y Phelan, 2001) la estigmatización está conformada por cinco procesos psicosociales: el etiquetaje, la asignación de estereotipos, la separación, la pérdida de estatus y la discriminación, y ocurren cuando se presenta una situación asimétrica de poder que facilita que los componentes del estigma se desplieguen.

Finalmente, es conveniente acotar que como la prostitución en Uruguay es considerada una actividad laboral y, la literatura científica indica que puede tener consecuencias graves para la salud (como fue presentado anteriormente en el apartado de antecedentes), es que se plantea en este apartado la importancia de estudiar la salud mental de las mujeres que la ejercen apoyándose en estos modelos presentados. Entendiendo los procesos de salud-enfermedad de forma integral, condicionados por las circunstancias de vida, el relacionamiento con el ambiente y prestando especial importancia a los procesos de estigmatización. Esto último debido a que la evidencia presentada anteriormente indica que la prostitución es una actividad con alta carga de estigma y también lo son las enfermedades mentales (Corrigan, 2004; Pheterson, 1986).

### 3. Justificación

A pesar de que en Uruguay la prostitución es considerada una actividad laboral y está regularizada (Ley N°17515/2002), aún falta recorrer un largo camino para poder garantizar a estas personas su derecho a la protección de la salud mental (Ley N°19529/2017) ya que la legislación al respecto es insuficiente, a nivel social sigue siendo una ocupación con alta carga de estigma y en el ámbito académico, durante la revisión de la literatura, se encontró poco desarrollo de estudios al respecto y un vacío en cuanto a investigaciones realizadas en el país que constituyan algún tipo de aporte a este tema desde la Psicología.

Cabe destacar que en el año 2021 fue presentado un proyecto en la cámara de senadores del poder legislativo para realizar modificaciones a la Ley n° 17515/2002. Estas modificaciones, en caso de aprobarse, cambiarían a nivel legal la obligatoriedad de controles médicos con énfasis en la profilaxis y enfermedades de transmisión sexual por una atención médica basada en las pautas para la atención integral de las personas que ejercen el trabajo sexual, elaboradas por el Ministerio de Salud Pública en el año 2019. Las pautas contemplan la salud mental pero están mayormente dirigidas al personal médico del primer nivel de atención en salud.

Como señalan los antecedentes a nivel regional e internacional, existe una carga considerable de trastornos tratables entre las trabajadoras sexuales que están directamente relacionados con múltiples exposiciones a violencia (sexual, psicológica y/o física), a la discriminación o estigma y con bajos niveles de autoestima.

Se espera que esta investigación aporte a la comprensión de esta problemática en Uruguay desde un punto de vista psicológico. En tal sentido, los resultados podrían ser útiles para la elaboración de estudios cuantitativos posteriores.

Finalmente, puede aportar al entendimiento de la realidad que viven las trabajadoras sexuales, contribuir con nuevas líneas de problematización y generar una base para el desarrollo de políticas públicas focalizadas en proteger la salud mental de las trabajadoras sexuales, garantizar un acceso integral al cuidado de su salud y promover la desestigmatización de la actividad.

#### **4. Problema y preguntas de investigación**

A nivel internacional y regional existe evidencia científica de que la prostitución puede generar efectos negativos en la salud mental de las mujeres y su entorno. Por eso se las considera una población vulnerable y con riesgo a padecer violencia sexual, psicológica y física, estigma y otras consecuencias como depresión, trastorno por estrés post traumático y propensión al abuso de sustancias. Sin embargo, en Uruguay hay escaso desarrollo de estudios sobre prostitución en general y un vacío en la investigación sobre salud mental en el ámbito de la prostitución.

Las mujeres que ejercen la prostitución cuentan con la posibilidad de acceso a profesionales de la salud mental a través de su prestador de salud (Decreto n° 305/011) pero los tiempos de espera pueden ser largos y es necesario atravesar un proceso en el que se involucran varios profesionales. Esto puede llegar a configurar una barrera de acceso por múltiples razones: a) asistir a múltiples entrevistas para poder acceder al servicio implica tiempo. La mayor parte de las trabajadoras sexuales en Montevideo trabajan por la noche por lo que su horario de descanso es en el día. b) A su vez, la mayoría tienen hijos a su cargo e implica disponer de menor tiempo para asistir o tener que conseguir otra persona para los cuidados. c) Hay datos que indican que la violencia institucional es algo a lo que se exponen recurrentemente, especialmente en las policlínicas de profilaxis a las que deben asistir para poder renovar su carnet y permanecer en el registro. Esto genera profunda desconfianza en los profesionales de salud y en el sistema de salud en general. Además, estas policlínicas tienen el fin de cuidados únicamente ante infecciones de transmisión sexual, están separadas de todo el resto de los servicios de salud y no tienen una mirada integral de la salud, contribuyendo a la carga de estigma que ya tiene la prostitución como ocupación. (Guidobono y Greco, 2020)

En esta misma línea, cabe destacar que no son consideradas como población prioritaria para el acceso a servicios de salud mental (Decreto N° 305/011) ni son contempladas en el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, que genera políticas públicas para facilitar el acceso a servicios de salud mental a ciertas poblaciones vulnerables. Tampoco está presente la salud mental en los controles médicos obligatorios que deben hacerse las trabajadoras sexuales para poder estar en el Registro Nacional de Trabajo Sexual (Ley N°17515/2002), que es lo que las habilita legalmente a trabajar.

Este proyecto de investigación intentará responder las preguntas que se plantean a continuación para poder acercarse a la realidad de las mujeres que ejercen la prostitución en Montevideo y poder producir conocimiento en relación a como la prostitución afecta los diferentes factores de su vida, si repercute en su salud mental y de qué forma, y cómo es su acceso y sentir respecto a los profesionales de la salud mental.

La pregunta central de esta investigación será:

- ¿Cómo afecta la prostitución en la salud mental de las mujeres que la ejercen en Montevideo, Uruguay?

Para poder construir una respuesta a esta pregunta surgen las siguientes preguntas secundarias:

- ¿Cuál es su sentir respecto de la ocupación que desempeñan?
- ¿Cómo afecta el estigma a las mujeres que ejercen la prostitución en las diferentes áreas de su vida?
- ¿Perciben las mujeres entrevistadas la necesidad de acceso a profesionales de salud mental? ¿Han encontrado barreras para el acceso? ¿Cuáles?
- ¿Cómo se sienten respecto a su salud mental las mujeres que ejercen la prostitución en Montevideo?
- ¿Perciben que la prostitución como ocupación les genere alguna consecuencia en su salud mental?

## **5. Objetivos**

### **5.1 Objetivo general**

Conocer que afectación a la salud mental de las mujeres genera el ejercicio de la prostitución en Montevideo, Uruguay.

### **5.2 Objetivos específicos**

- Indagar acerca de las posibles repercusiones negativas del ejercicio de la prostitución en la salud mental de las mujeres que la ejercen en Montevideo



- Conocer cómo afecta el estigma en las diferentes áreas de la vida de las mujeres que ejercen la prostitución
- Averiguar si las mujeres entrevistadas perciben la necesidad de acceso a profesionales de la salud mental, si han encontrado barreras para el acceso en caso de percibirlo y cuáles son esas barreras.
- Averiguar cómo se sienten respecto a su salud mental las mujeres que ejercen la prostitución en Montevideo
- Explorar si perciben que la prostitución como ocupación les genera alguna consecuencia en su salud mental

## 6. Diseño metodológico

Este proyecto de investigación se tratará de un trabajo exploratorio debido a la escasez de antecedentes nacionales que indaguen sobre la afectación que puede generar el ejercicio de la prostitución en la salud mental de las mujeres. Para la consecución de los objetivos planteados es necesario un enfoque metodológico cualitativo. Como mencionan Taylor y Bogdan (1987, p. 16) la metodología cualitativa hace referencia a la investigación que produce datos descriptivos, que son las palabras de las personas (habladas o escritas) y su conducta observable. Lo consideran el estudio fenomenológico de la vida social. En esta misma línea, los autores (Taylor y Bogdan, 1987) indican que:

En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables sino considerados como un todo. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan. (p. 7)

La intención de este estudio es indagar sobre la salud mental de las mujeres que ejercen la prostitución en la ciudad de Montevideo desde su perspectiva, teniendo en cuenta sus vivencias y sentires. En efecto, resulta pertinente este tipo de abordaje de acuerdo a los objetivos propuestos.

El proyecto corresponde a un diseño flexible de investigación cualitativa y se guiará por la metodología de la Teoría fundamentada para la recolección de datos y el análisis teórico. La Teoría Fundamentada es definida por Glaser (1992, p.30) como:

Una metodología de análisis, unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva. El producto de investigación final constituye una formulación teórica, o un

conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área substantiva que es objeto de estudio. (Citado en De La Torre, 2016, pp. 4-5)

Con este método, a lo largo del proceso se van entrelazando las operaciones de recolección de datos, codificación, análisis e interpretación de la información. Es así que en la Teoría Fundamentada el investigador codifica y analiza los datos de forma simultánea con el fin de desarrollar conceptos. A su vez, compara continuamente los incidentes específicos de los datos para refinar estos conceptos, identificar sus propiedades, explorar las relaciones de unos con otros e integrarlos en una teoría coherente (De La Torre, 2016).

La población que se pretende estudiar son mujeres mayores de 18 años que ejercen la prostitución en la ciudad de Montevideo, Uruguay y que a su vez residan allí. Se definirá una muestra intencional teórica (no probabilística) tomando el principio de saturación teórica de la Teoría Fundamentada tratando de mantener la heterogeneidad de la muestra, es decir, que se intentará incluir mujeres de distintas edades, que exista diferencia en la cantidad de años que llevan ejerciendo la prostitución, mujeres con diferentes formaciones y de diferentes etnias.

La recolección de datos se efectuará mediante la realización de entrevistas en profundidad semiestructuradas. La entrevista, según Fernández (2001), “constituye el fluir natural, espontáneo y profundo de las vivencias y recuerdos de una persona mediante la presencia y estímulo de otra que investiga, quien logra, a través de esa descripción, captar toda la riqueza de sus diversos significados” (p.16). Es así que en la investigación cualitativa a través de entrevistas es muy importante basarse en los puntos de vista de los entrevistados y en su construcción de la realidad, valiéndose de las transcripciones como material empírico (Hernández, 2014). Estas características resultan particularmente útiles en el marco de una investigación que busca indagar sobre la experiencia y sentir de las mujeres entrevistadas respecto a la afectación que su ocupación y el estigma asociado a la misma pueden generar sobre salud mental. Asimismo, es importante destacar que ésta técnica es, en palabras de Bertaux (1985, p.66), una conversación que desencadena el interés por contar y escuchar con vehemencia, es por eso que “...el sujeto no recita su vida, sino, que reflexiona sobre ella cuando la cuenta” (citado en Fernández, 2001, p.15).

Siguiendo los postulados de la Teoría Fundamentada el primer análisis de la información será concomitante al trabajo de campo. Se seguirán las etapas de codificación abierta, axial y selectiva (Hernández, 2014), continuado las entrevistas hasta que se produzca la saturación teórica.

Para poder acceder a mujeres que cumplan con los criterios definidos para la investigación se intentará generar contacto con la Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay (AMEPU) y utilizar plataformas web en las que ofrecen sus servicios para ofrecerles participar del proyecto. A partir de los primeros casos, se utilizará la técnica de bola de nieve hasta completar el tamaño muestral estimado en base al punto de saturación teórica.

## 7. Cronograma general de la ejecución

Actividad	Bimestre								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Profundización de la lectura conceptual y ampliación del marco teórico. <b>Resultado:</b> marco teórico elaborado									
Elaboración y prueba de los instrumentos para el trabajo y pautas para las entrevistas en profundidad. Consentimientos informados. <b>Resultado:</b> Instrumentos elaborados y probados.									
Identificación y captación de los sujetos de estudio de inicio (luego se continua con la técnica bola de nieve). <b>Resultado:</b> Sujetos de estudio captados									
Aplicación y grabación de las entrevistas en profundidad. <b>Resultado:</b> Grabación de las entrevistas realizada									
Desgrabación y registro escrito de las entrevistas. <b>Resultado:</b> Registro escrito realizado									
Categorización de la información. <b>Resultado:</b> Categorización de la información para el análisis realizada.									
Análisis de la información. <b>Resultado:</b> Análisis de la información realizado y sistematizado para el informe.									
Elaboración de informe con conclusiones de acuerdo a los resultados obtenidos. <b>Resultado:</b> Informe realizado									
Intercambio con académicos y colegas de distintas disciplinas. <b>Resultado:</b> Investigación divulgada y discutida									

## **8. Consideraciones éticas**

Teniendo en cuenta el carácter social de este proyecto de investigación, es necesario que en su diseño y desarrollo sean considerados ciertos aspectos de carácter ético que buscan proteger y brindar mayores garantías a las personas que participarán del mismo.

El proyecto se orientará por el Código de ética Profesional del Psicólogo (2001) que promueve los principios de integralidad, beneficencia y no maleficencia, justicia, riesgo/beneficio y respeto por las personas. Teniendo en cuenta que la metodología cualitativa requiere extremar estos cuidados éticos en la medida que busca conocer y comprender las significaciones que tienen los acontecimientos y las experiencias vividas para las personas.

Uruguay cuenta además desde el año 2019 con el Decreto 158/019 del Poder Ejecutivo que tiene como finalidad la protección integral de los seres humanos que participan de una investigación. De acuerdo con este decreto, en este proyecto se respetará el anonimato de las personas involucradas y se garantizará la confidencialidad y privacidad de la información que brinden. A su vez, las participantes deberán disponer de información clara, completa y pormenorizada sobre la naturaleza de la investigación, sus objetivos, sus métodos, beneficios previstos y potenciales riesgos y/o incomodidades que ésta pueda acarrear. En función de ello, se solicitará a las participantes su consentimiento (libre e informado) para la participación y para la grabación de las entrevistas que posteriormente serán transcritas.

## **9. Resultados esperados**

El presente proyecto busca principalmente contribuir con la producción de conocimiento sobre la afectación a la salud mental generada por ejercicio de la prostitución en las mujeres. Se espera fundamentalmente poder indagar sobre el sentir de las mujeres entrevistadas al respecto de la prostitución, conocer como evalúan su salud mental y explorar si perciben que su ocupación les genera alguna consecuencia en ese terreno. En este sentido, es importante identificar si han experimentado estigma y su percepción sobre cómo las ha afectado a ellas y su entorno en las diferentes áreas de su vida. De este modo, se considera necesario determinar si las mujeres entrevistadas advierten la necesidad de acceder a profesionales de la salud mental, analizar si han encontrado barreras para poder acceder en caso de necesitarlos e identificar cuáles son esas barreras.

En líneas generales, se espera que el cumplimiento de los objetivos planteados anteriormente contribuya a generar nuevo conocimiento desde la psicología, que pueda considerarse como

insumo para posteriores estudios científicos de carácter cuantitativo que continúen indagando en profundidad sobre esta problemática. A su vez, explorar la subjetividad de estas mujeres y dar protagonismo a su voz podría ser de utilidad para promover el desarrollo de estrategias específicas que apunten a proteger la salud mental de las mujeres que ejercen la prostitución en el país.

## 10. Referencias bibliográficas

- Avilés, A. (2020). *Prevalencia de depresión en trabajadoras sexuales atendidas en el centro de salud #1 Pumapungo de Cuenca - Ecuador* [Trabajo de graduación previo a la obtención del título de médico]. Universidad Católica de Cuenca.  
<http://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8419>
- Barragán, H. L., Mestorino, M., Moiso, A., Ojea, O. A., & de Los Ángeles Mestorino, M. (2007). *Fundamentos de salud pública* (1.a ed., Vol. 1).  
[http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento\\_completo\\_.pdf?sequence=4](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4)
- Belza, María José, Clavo, Petunia, Ballesteros, Juan, Menéndez, Blanca, Castilla, Jesús, Sanz, Santos, Jerez, Natividad, Rodríguez, Carmen, Sánchez, Flor, & Romero, Jorge del. (2004). Condiciones socio laborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 18(3), 177-183.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000300004&lng=es&tlng=es).
- Bohórquez Farfán, L. (2014). Perfil de la prostitución femenina en la ciudad de Bucaramanga. *Reflexión Política*, 16(32), 86-96.  
<https://doi.org/10.29375/01240781.2140>
- Borrell I Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175–179. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)73355-1](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)73355-1)
- Bos, Arjan & Pryor, John & Reeder, Glenn & Stutterheim, Sarah. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*. 35. 1-9.  
10.1080/01973533.2012.746147.
- Cange, C., Wirtz, A., Ky-Zerbo, O., Lougue, M., Kouanda, S., & Baral, S. (2019). Effects of traumatic events on sex workers' mental health and suicide intentions in Burkina Faso: a trauma-informed approach. *Sexual Health*, 16(4), 348-357.  
<https://doi.org/10.1071/sh17213>

- Castro, R. (2013). De cómo la sociología construye sus objetos: el carácter problemático de los “determinantes” sociales de la salud-enfermedad. *Idéias*, 4(1), 15.  
<https://doi.org/10.20396/ideias.v4i1.8649396>
- Ceballos Ospino, Guillermo Augusto, & Hernández Bolaño, Greysi, & Arévalo Hoyos, Cristhian, & Suárez Colorado, Yuly (2013). Autoestima, depresión, consumo de alcohol y cigarrillo en mujeres que ejercen la prostitución en las ciudades de Santa Marta y Riohacha (Colombia). *Encuentros*, 11(1) ,41-53.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476655655003>
- Cedeño, P. C. H. A. C., Ponce, L. S. D., Intriago, J. C. M., & Pincay, M. M. D. L. A. O. (2017). Depresión Como Consecuencia de la Prostitución Femenina: caso Burdeles de Rocafuerte, Ecuador. *Journal of Education and Human Development*, 6(2).  
<https://doi.org/10.15640/jehd.v6n1a8>
- Clemente Villar, C. (2020). El impacto psicológico del estigma prostituta. *Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Socio histórico de las Sexualidades*, 4(8), 152–172. <https://doi.org/10.46661/relies.5106be>
- Coetzee J, Buckley J, Otwombe K, Milovanovic M, Gray GE, Jewkes R (2018) Depression and Post Traumatic Stress amongst female sex workers in Soweto, South Africa: A cross sectional, respondent driven sample. *PLoS ONE* 13(7).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196759>
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. (2003a). *Prostitución: ¿trabajo o esclavitud sexual?* En C. Lipszyc (Ed.), *Mujeres en situación de prostitución: ¿esclavitud sexual o trabajo sexual?* (pp. 55–69).  
<https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/dossier-prostitucion.pdf>
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. (2003b). *Prostitución: ¿Trabajo o esclavitud sexual?* En M. das Neves Rodríguez De Araújo (Ed.), *Prostitución: ¿trabajo sexual o esclavitud sexual?* (pp. 31–44).  
<https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/dossier-prostitucion.pdf>
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2001) *Código de ética de los Psicólogos del Uruguay*. <https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 481–491.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- De la Torre, G., di Carlo, E., Florido, A., Opazo, H., Ramírez, C., Rodríguez, P., . . . Tirado, J. (2016). *Teoría Fundamentada o Grounded Theory* [Master en Calidad y Mejora de la Educación]. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2016/01/Teoriafundamentada.-Una->

sintesis.-pdf.pdf

- Decreto N° 158/019. Aprobación del proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación vinculada a la Dirección General de la Salud, referida a la investigación en Seres Humanos. Registro Nacional de Leyes y Decretos, República Oriental del Uruguay, 3 de junio de 2019.
- Decreto N° 305/011. Inclusión en el decreto 465/008 de las prestaciones referidas en el "Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud". Registro Nacional de Leyes y Decretos, República Oriental del Uruguay. 23 de agosto de 2011.
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N. Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Falcón, Carmen. (2007). Riesgo, vulnerabilidad y prostitución. *Documentación Social*. 11-35.
- Fernández Carballo, R. (2001). La entrevista en la investigación cualitativa. *Revista Pensamiento Actual*, 2(3). <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/8017>
- Folch, C., Lazar, C., Ferrer, L., Sanclemente, C., & Casabona, J. (2012). Female sex workers and access to social and health services in Catalonia: Influence of region of origin and place of work. *AIDS Care*, 25(8), 1033-1038. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.748872>
- Gbagbo, F., & Gbagbo, J. (2021). Commercial sex work among university students: a case study of four public universities in Ghana. *BMC Women's Health*, 21(103), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01251-2>
- Goffman, Erving (1963), *Estigma. La identidad deteriorada*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2006.
- González-Forteza, C., Rodríguez, E. M., Fuentes De Iturbe, P., Vega, L., & Jiménez Tapia, A. (2014). Correlatos psicosociales de depresión y riesgo de suicidio en trabajadoras sexuales del Estado de Hidalgo, México. *Salud Mental*, 37(4), 349. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.040>
- Guidobono, N., & Greco, H. (2020). *Diagnóstico sobre trabajo sexual en Montevideo. Lo visible y lo oculto*. División Asesoría para la Igualdad de Género, Intendencia de Montevideo. <https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/diagnosticosobretrabajosexual2020.pdf>
- Hammond, N., & Kingston, S. (2014). Experiencing stigma as sex work researchers in professional and personal lives. *Sexualities*, 17(3), 329–347. <https://doi.org/10.1177/1363460713516333>



- Heim, D. (2006). La prostitución a debate: el abolicionismo desde la perspectiva de la defensa de los derechos de las trabajadoras sexuales. *Nueva Doctrina Penal*, 2, 441-447.  
[http://www.cmpa.es/datos/2351/la\\_prostitucion\\_a\\_debate\\_article\\_de\\_danie\\_7645.pdf](http://www.cmpa.es/datos/2351/la_prostitucion_a_debate_article_de_danie_7645.pdf)
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32–43. <https://doi.org/10.1037/a0014672>
- Hernández Carrera, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas. Revista De Ciencias De La Educación*, (23), 187–210.  
<https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/9815>
- King, E. J., Maman, S., Bowling, J. M., Moracco, K. E., & Dudina, V. (2013). The Influence of Stigma and Discrimination on Female Sex Workers' Access to HIV Services in St. Petersburg, Russia. *AIDS and Behavior*, 17(8), 2597–2603.  
<https://doi.org/10.1007/s10461-013-0447-7>
- Krumrei-Mancuso, E. (2016). Sex Work and Mental Health: A Study of Women in the Netherlands. *Archives Of Sexual Behavior*, 46(6), 1843-1856.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-016-0785-4>
- Lazarus, L., Deering, K. N., Nabess, R., Gibson, K., Tyndall, M. W., & Shannon, K. (2012). Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 14(2), 139–150.  
<https://doi.org/10.1080/13691058.2011.628411>
- Ley N° 17515. Ley sobre el trabajo sexual. Registro Nacional de Leyes y Decretos, República Oriental del Uruguay, 4 de julio de 2002.
- Ley N° 19529. Ley de salud mental. Registro Nacional de Leyes y Decretos, República Oriental del Uruguay, 24 de agosto de 2017.
- Lim, S., Peitzmeier, S., Cange, C., Papworth, E., LeBreton, M., & Tamoufe, U. et al. (2015). Violence Against Female Sex Workers in Cameroon. *JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68(Supplement 2), S241-S247.  
<https://doi.org/10.1097/qai.0000000000000440>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Méndez Rivero, F., & Toledo Viera, A. (2015). *Inequidades en salud y sus determinantes sociales en Uruguay*. Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay.  
[https://otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/MSP\\_Determinantes%20sociales\\_Documento%201.pdf](https://otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/MSP_Determinantes%20sociales_Documento%201.pdf)

- Meneses, C. (2007). Riesgo, vulnerabilidad y prostitución. *Documentación Social*, 11–35.  
[https://www.researchgate.net/publication/285927003\\_Riesgo\\_vulnerabilidad\\_y\\_prostitucion](https://www.researchgate.net/publication/285927003_Riesgo_vulnerabilidad_y_prostitucion)
- Meneses, C. (2010). Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista española de drogodependencias*, 35(3), 329–334.
- Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020 - 2027*. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%200%202020-2027%20aprobado.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Pautas para la atención integral de las personas que ejercen el trabajo sexual*. [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP\\_PAUTAS\\_ATENCION\\_INTEGRAL\\_PERSONAS\\_EJERCEN\\_TRABAJO\\_SEXUAL.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_PAUTAS_ATENCION_INTEGRAL_PERSONAS_EJERCEN_TRABAJO_SEXUAL.pdf)
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la salud*. Secretaría General Administrativa Editorial UniSon.
- Musto, C y Trajtenberg, N. (2011). Prostitución y trabajo sexual: el estado del arte de la investigación en Uruguay. *Revista de Ciencias Sociales*, 24(29), 138-156.  
[www.redalyc.org/pdf/4536/453644790008.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/4536/453644790008.pdf)
- Oliveira, A. (2013). Da prostituição de apartamento na cidade de Lisboa: características e significados. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*. [https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=44716](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=44716)
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Outshoorn, J. (2012). Policy Change in Prostitution in the Netherlands: from Legalization to Strict Control. *Sexuality Research and Social Policy*, 9(3), 233–243.  
<https://doi.org/10.1007/s13178-012-0088-z>
- Patel, S. K., Saggurti, N., Pachauri, S., & Prabhakar, P. (2015). Correlates of Mental Depression Among Female Sex Workers in Southern India. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(8), 809–819. <https://doi.org/10.1177/1010539515601480>
- Pecheny, M. (2014). Estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe. *Gazeta de Antropología*. <https://doi.org/10.30827/digibug.33815>
- Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2015). The Stigma Complex. *Annual Review of Sociology*, 41(1), 87–116. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>

- Pheterson, G. (1986). Alliances between Women: Overcoming Internalized Oppression and Internalized Domination. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 12(1), 146–160. <https://doi.org/10.1086/494302>
- Pheterson, G. (1993). The Whore Stigma: Female Dishonor and Male Unworthiness. *Social Text*, (37), 39. <https://doi.org/10.2307/466259>
- Pinedo, R. (2008). *Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución* [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15438.25927>
- Puri, N., Shannon, K., Nguyen, P., & Goldenberg, S. (2017). Burden and correlates of mental health diagnoses among sex workers in an urban setting. *BMC Women's Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0491-y>
- Qayyum, S., Ahmed Iqbal, M., Akhtar, A., Hayat, A., Janjua, I., & Tabassum, S. (2013). Causes and decision of women's involvement into prostitution and in Punjab, Pakistan. *Academic Research International*, 4(5), 398-411. <https://www.researchgate.net/publication/329504666>.
- Rivera, Blanca, & Piña, Julio (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. *Universitas Psychologica*, 5(3) ,669-679. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750319>
- Rodríguez, Eva Ma., Fuentes, Patricia, Ramos-Lira, Luciana, Gutiérrez, Rafael, & Ruiz, Eunice. (2014). Violencia en el entorno laboral del trabajo sexual y consumo de sustancias en mujeres mexicanas. *Salud mental*, 37(4), 355-360. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000400010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400010&lng=es&tlng=es).
- Saavedra Macías, J., Arias Sánchez, S., Rangel Alcudia, F., & Murvartian Carrascal, L. (2021). COVID-19 y estigma por asociación en profesionales socio-sanitarios. *Apuntes de Psicología*, 38(3), 139–147. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/849>
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Sallmann, J. (2010). Living With Stigma: Women's Experiences of Prostitution and Substance Use. *Affilia*, 25(2), 146–159. <https://doi.org/10.1177/0886109910364362>
- Scorgie, F., Chersich, M., Ntaganira, I., Gerbase, A., Lule, F., & Lo, Y. (2011). Socio-Demographic Characteristics and Behavioral Risk Factors of Female Sex Workers in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, 16(4), 920-933. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-9985-z>
- Scorgie, F., Nakato, D., Harper, E., Richter, M., Maseko, S., Nare, P., Chersich, M. (2013).

- 'We are despised in the hospitals': sex workers' experiences of accessing health care in four African countries. *Culture, Health & Sexuality*, 15(4), 450–465.  
<https://doi.org/10.1080/13691058.2012.763187>
- Simkin, H., & Becerra, G. (2013). El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 24(47), 119–142.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4696738>
- Taylor, S. J., Bogdan, R., & Piatigorsky, J. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (2.a ed.). Barcelona, España: Paidós.
- Teixeira Silva, K., & Carvalho Alves Cappelle, M. (2017). O trabalho na prostituição de luxo: análise dos sentidos produzidos por prostitutas em Belo Horizonte - MG. *Revista De Gestão Social E Ambiental*, 23-39. <https://doi.org/10.24857/rgsa.v0i0.1391>
- Treloar, C., Stardust, Z., Cama, E., & Kim, J. (2020). Rethinking the relationship between sex work, mental health and stigma: a qualitative study of sex workers in Australia. *Social Science and Medicine*, 268, 1–8.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113468>
- Weitzer, R. (2009). Sociology of Sex Work. *Annual Review of Sociology*, 35(1), 213-234.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-120025>
- Weitzer, R. (2017). Resistance to sex work stigma. *Sexualities*, 21(5-6), 717-729.  
<https://doi.org/10.1177/1363460716684509>
- Zarhin, D., & Fox, N. (2017). 'Whore stigma' as a transformative experience: altered cognitive expectations among Jewish-Israeli street-based sex workers. *Culture, Health & Sexuality*, 19(10), 1078–1091.  
<https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1292367>
- Zehnder, M., Mutschler, J., Rössler, W., Rufer, M., & Rüschi, N. (2019). Stigma as a Barrier to Mental Health Service Use among Female Sex Workers in Switzerland. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00032>
- Zhang, L., Li, X., Wang, B., Shen, Z., Zhou, Y., & Xu, J. et al. (2016). Violence, stigma and mental health among female sex workers in China: A structural equation modeling. *Women and Health*, 57(6), 685-704.  
<https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1186781>